



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Å leve med diabetes type 2

Living with type 2 diabetes

Elise Glasø Holseter og Elise Johannessen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 57

Molde, 20. mai 2011



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høyskole i logistikk

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Å leve med diabetes type 2

Tittel på engelsk: Living with type 2 diabetes

Forfatter(e): Elise Glasø Holseter og Elise Johannessen

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 15

Årstall: 2011

Veileder: Anne-Berit Fillingsnes

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ja ☐nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ja ☒nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ja ☐nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ja ☒nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 20.05.2010

Antall ord: 10989

Forord

Jeg tenker at diabetesen min handler om balanse. Den handler ikke om et enten eller, men om et både og. Ikke om det ene eller det andre. Ikke om fasitsvar med to streker under. Ikke om insulin som en selvfølgelighet, om Fedon Lindberg som selvoppnevnt kostholdsguru, eller om solide treningsøkter seks dager i uken. Type 2-diabetes handler om å skaffe seg kunnskap – og etter hvert også erfaring – nok til å lete frem balansen i seg selv, gjøre egne valg og ta konsekvensene av dem. Og å måle seg til kontroll. 24-7. Resten av livet.

Lett er det langt i fra. Iblant veldig langt.

(Grotdal 2009, 65)

Sammendrag

Bakgrunn: Forekomsten av diabetes har økt dramatisk de siste årene og øker fortsatt. I Norge har omkring 375 000 mennesker diagnostisert diabetes, men undersøkelser viser at det reelle antallet er nærmere det firedoblede. Som sykepleier møter man personer med diabetes type 2 i alle praksisfelt.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse personer med diabetes type 2 sine opplevelser med å leve med sykdommen.

Metode: Litteraturstudie ble brukt som metode, noe som innebærer systematisk søk og kvalitetsvurdering av tilgjengelig og aktuell forskning på området. Funnene er basert på 13 kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Personer med diabetes type 2 opplevde mange utfordringer i forbindelse med sykdommen. Dette var særlig med tanke på endring av levevaner, som omfattet endring i kosthold, økt fysisk aktivitet og det å starte med medikamentell behandling. Det å få sosial og profesjonell støtte viste seg å ha stor innvirkning på hvordan personer med diabetes type 2 mestrer sykdommen. De fleste opplevde å få støtte fra familie og venner. Flere følte de fikk mer støtte fra diabetessykepleier enn fra fastlegen.

Konklusjon: Økt kunnskap om diagnosen og følgene av den førte til at deltakerne mestret hverdagen på en bedre måte. Å få sosial og profesjonell støtte når man hadde behov for det, førte også til at deltakerne mestret livet med sykdommen.

Nøkkelord: diabetes type 2, opplevelser, støtte, veiledning, mestring

Abstract

Background: The incidence of diabetes has increased dramatically in recent years and is still increasing. In Norway, about 375 000 people is diagnosed with diabetes, but studies show that the real number is closer to 1,500 000. A nurse can meet people with type 2 diabetes in nursing homes, home care, hospitals and psychiatry.

Purpose: The purpose of this literature study was to examine how people with type 2 diabetes experiences living with the disease.

Method: We used literature study as a method for this research, which involves the systematic search and quality assessment of available and relevant research in this area. The findings are based on 13 qualitative studies.

Result: People with type 2 diabetes experienced many challenges with the disease. This was particularly in terms of changing lifestyle, which included a change in diet, increased physical activity and starting medical treatment. To receive social and professional support had a major impact on how people with type 2 diabetes were coping with the disease. Most experienced support from family and friends. Several felt they received more support from the diabetes nurse than the doctor.

Conclusion: For the participants to cope living with the disease in a better way, increased knowledge and information about the consequences was necessary. To receive social and professional support when needed, also led to that participants' coped life with the disease.

Keywords: type 2 diabetes, experiences, support, counseling, coping

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Diabetes mellitus type 2	3
2.2 Levevaner	3
2.3 Sykepleierens funksjon	5
2.4 Støtte og veiledning	5
2.5 Mestring	7
3.0 Metodebeskrivelse	8
3.1 Datainnsamling	8
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
3.3 Kvalitetsvurdering	9
3.4 Dataanalyse	9
4.0 Resultat	11
4.1 Å leve med diabetes type 2 var en utfordring	11
4.2 Støtte fra helsepersonell og andre var viktig for å kunne mestre sykdommen	13
5.0 Metodediskusjon	20
6.0 Resultatdiskusjon	22
6.1 Å takle mange utfordringer på en gang kan være en belastning	22
6.2 Regelmessig støtte fra helsepersonell kan hjelpe personer med diabetes type 2 til å fremme god helse	26
7.0 Konklusjon	33

Vedlegg 1: PIO – skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversiktstabell over kvalitetsvurderte og inkluderte artikler

1.0 Innledning

I 2010 ble det anslått at 284 millioner mennesker i verden har diabetes, av disse har ca 90 % diabetes type 2. Forekomsten øker og i 2030 vil minst 438 millioner være rammet av diabetes på verdensbasis. Omkring 375 000 mennesker i Norge har diagnostisert diabetes, men undersøkelser viser at det reelle antallet er nærmere det firedoblede (Sagen 2011). Diabetes type 2 rammer omkring 6000-7000 nordmenn i året (Helsedirektoratet 2009) og rammer da mennesker i alle aldersgrupper og i alle livets faser (Sagen 2011).

Som sykepleiestudenter møtte vi mennesker med diabetes type 2 i praksis på sykehjem, sykehus, i hjemmesykepleien og psykiatrien. Vi opplevde at disse menneskene møtte utfordringer når det gjaldt å opprettholde et stabilt blodsukker, noe som igjen virket inn på flere aspekter av hverdagen. Dette omfattet både endringer i kosthold og fysisk aktivitet, samt håndtering av medikamenter og bekymringer for senkomplikasjoner. Mange av disse menneskene, særlige de eldre, syntes det var vanskelig å gjøre endringer i kostholdet, da dette var matvaner de hadde hatt hele livet. Også det å inkludere mer fysisk aktivitet i hverdagen, var for noen vanskelig, på grunn av overvekt eller ulike tilleggssykdommer, som for eksempel skjelettplager. De måtte også her etablere nye vaner og sette seg inn i hvilke aktiviteter de kunne gjennomføre, på tross av fysiske eller psykiske hindringer. I tillegg til å måtte endre vaner som omhandlet kosthold og fysisk aktivitet, opplevde mange vanskeligheter med å håndtere medikamentene sine. Dette gjaldt spesielt de med insulinkrevende diabetes type 2.

For å kunne støtte personer med diabetes type 2 er det en fordel at sykepleieren har kunnskap om hvordan hver enkelt person opplever sykdommen sin. I tillegg er det viktig å kartlegge hvordan de med diabetes type 2 lever med den og hvordan sykepleieren kan bidra til at de mestrer hverdagen på en bedre måte (Karlsen 2011).

1.1 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse personer med diabetes type 2 sine opplevelser med å leve med sykdommen.

Problemstillinger

Hvilke utfordringer opplever personer med diabetes type 2?

Hvilke erfaringer har personer med diabetes type 2 med helsepersonell?

2.0 Teoribakgrunn

Diabetes type 2 påvirker hverdagen i stor grad og personer med sykdommen må ofte gjøre store endringer i sine levevaner. Dette innebærer blant annet omlegging av kostholdet og økt fysisk aktivitet (Allgot 2011). For å hindre at omveltingen blir for stor, vil sykepleierens oppgave være å støtte og veilede personer med diabetes type 2 til å ta kontroll over sin livssituasjon slik at de mestrer livet med sykdommen (Ribbu 2008). Det er en utfordring at personer med diabetes, blir sett på som ”pasienter” og oppfører seg som det. I pasientbegrepet ligger nettopp passivitet og behandlingen av sykdommen kan overlates til eksperter. For personer med diabetes er det et mål *ikke* å bli pasient, men å få opplæring slik at en selv kan overta store deler av behandlingen og mestre sykdommen selv (Allgot 2011).

2.1 Diabetes mellitus type 2

Diabetes type 2 er en kronisk stoffskiftesykdom, som skyldes en kombinasjon av insulinresistens og en viss insulinmangel. Mennesker med sykdommen har altså en viss insulinproduksjon, men ikke nok til å opprettholde et normalt blodsukker (Jacobsen et al. 2009). Mange med diabetes type 2 mister etter hvert mye av insulinproduksjonen og må derfor bli behandlet med insulin for å opprettholde akseptable blodsukkerverdier (Jacobsen et al. 2009). De fleste som har diabetes type 2 er overvektige, har høyt blodtrykk og forstyrrelser i blodfettstoffene. Alt dette gjør at man er spesielt utsatt for å utvikle åreforkalkningssykdommer som angina pectoris, hjerteinfarkt, hjerneslag og dårlig perifer sirkulasjon (Jacobsen et al. 2009). Målet med behandlingen vil derfor være å opprettholde et normalt blodsukker og forebygge senkomplikasjoner (Sagen 2011).

2.2 Levevaner

Gunstige levevaner er sentrale i behandlingen av diabetes type 2. Et sunt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til å opprettholde et stabilt blodsukker. Det er derfor svært viktig at de som har diabetes type 2 får informasjon om hvordan livsstilen kan påvirke blodsukkeret. Om endringene i levevanene ikke er tilstrekkelig for å bedre metabolsk kontroll, vil blodsukkersenkende legemidler bli introdusert. Dårlig metabolsk kontroll over tid, vil kunne forårsake alvorlige senkomplikasjoner (Sagen 2011).

Kosthold

Blodsukkeret påvirkes i stor grad av kostholdet, både med tanke på hva og hvor mye man spiser og hvilke måltidsrutiner man har. Det er derfor viktig at en person med diabetes har kunnskap om kosthold. Siden kostholdet påvirker blodsukkeret, vil det også ha stor betydning for å forebygge diabetiske senkomplikasjoner og andre sykdommer (Aas 2011).

Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet vil ha en sentral rolle i behandlingen av diabetes type 2, da det øker insulinfølsomheten og har gunstig effekt på risikoen for kardiovaskulær sykdom (Sagen 2011). Særlig hos overvektige personer med diabetes type 2 vil økt fysisk aktivitet i kombinasjon med riktige kostvaner ha god effekt (Jacobsen et al 2009). Både kondisjons- og styrketrening blir anbefalt, og kan ofte bidra til å bedre den metabolske kontrollen på lik linje med intensiv medikamentell behandling (Sagen 2011).

Medikamenter

Når en får diagnosen diabetes type 2 er det vanlig å gjennomføre en endring i levevanene uten at man starter med medikamentell behandling, så langt blodsukkeret ikke er for høyt. Dersom den metabolske kontrollen ikke bedres etter livsstilsendringen, vil man måtte begynne med antidiabetikum. For personer med diabetes type 2 rettes den medikamentelle behandlingen både mot insulinresistens og insulinmangel. Med tiden vil flere ha behov for insulininjeksjoner for å opprettholde god metabolsk kontroll, siden insulinfrigjøringen reduseres med årene (Sagen 2011).

Senkomplikasjoner

Mikro- og makrovaskulære senkomplikasjoner er den vanligste årsaken til sykdom og død hos personer med diabetes type 2. Mikrovaskulære senkomplikasjoner oppstår i mindre blodkar, og rammer øyne (retinopati), nyrer (nefropati) og perifere nerver (nevropati). For personer med diabetes kan en kombinasjon av nyreproblemer og andre tilstander forsterke hverandre, det vil derfor være svært viktig å forebygge nefropati (Sagen 2011).

De makrovaskulære senkomplikasjonene oppstår i større blodkar og leder til hjerte- og karsykdom. Forekomsten av komplikasjoner til diabetes er nedadgående, men fordi flere utvikler diabetes er den totale forekomsten av senkomplikasjoner økende (Sagen 2011).

2.3 Sykepleierens funksjon

Sykepleiere møter ofte pasienter med diabetes og fedme problemer, og dette blir bare mer og mer vanlig. For å kunne gi best mulig pleie og få pasienten til å føle seg trygg og ivaretatt er det viktig at pasienten blir hørt og at det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienten fungerer. Det er derfor viktig at pasientene får god oppfølging hos poliklinikk og fastlege (Ribu 2008). Målet vil være at pasienten har forståelse for hvordan sykdommen påvirker hverdagen, og hvordan behandlingen skal skje. Det vil være viktig at pasienten forstår viktigheten av et stabilt blodsukknivå, og selv er påpasselig med dette. Helsepersonell må ikke moralisere i samhandling med pasienter som sliter med å godta store forandringer eller å ivareta egenomsorgen, men arbeide kunnskapsrettet, pedagogisk og profesjonelt (Ribu 2008).

Antallet personer med kronisk eller langvarig sykdom har økt sterkt de siste femti årene, og forskning viser at det vil øke ennå mer i fremtiden om trendene fortsetter. Samtidig med denne økningen, peker helsepolitiske mål på behovet for økt mestring av egen sykdom og større selvstendighet hos den enkelte bruker. Dette krever at helsepersonell må finne nye arbeidsmetoder i tillegg til de tradisjonelle. Medisinsk behandling kan ikke avhjelpe eller finne løsninger på alle helseproblemer, derfor vil opplæring og veiledning for å mestre tilstander være minst like viktig (Vifladt og Hopen 2004).

2.4 Støtte og veiledning

Å gi støtte forutsetter både følelsesmessig og praktisk støtte. Formålet med å gi pasienten støtte i veiledningssammenheng er å formidle at en har forventninger om at personen er i stand til å bruke sine ressurser. Da kan det å møte sykepleieren oppleves som positivt og dermed begrenses belastningen og pasientens mestringsevne styrkes (Smedbye 2005).

Støtte fra helsepersonell har tidligere vist seg å ha betydning for hvordan personer med kronisk sykdom tilpasser seg sykdommen, men det er uklart på hvilken måte støtte virker på opplevelsen av sykdommen (Karlsen 2011).

Hensikten med veiledning til personer med diabetes er å hjelpe de med å håndtere problemer som oppstår i hverdagen. En veileder skal først og fremst ikke gi svar på problemene, men hjelpe personer med diabetes til å finne svaret på dem. Med støtte fra en sykepleier kan personer med diabetes få hjelp til å bearbeide vonde følelser knyttet til sykdommen (Karlsen 2011).

Ved individuell veiledning fokuseres det på hver enkelt brukers kunnskap, i tillegg til den faglige kunnskapen til helsepersonell. Ved en-til-en-kommunikasjon mellom veileder og den som veiledes vil sykepleieren ha en unik og viktig rolle som pådriver, motivator og tilrettelegger. En veileder skal komme med råd og forslag til løsning på problemer, i tillegg til å gi støtte slik at personer med diabetes mestrer livet med sykdommen (Karlsen 2011).

Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom (2004) benytter gruppeveiledning i sitt læringstilbud for pasienter med kronisk eller langvarig sykdom, og dette har vist seg å ha klare fordeler. Under veiledning i grupper kan helsepersonell nå fram til flere og utnytte tiden bedre ved å veilede flere samtidig. Deltakerne har nytte av å høre andres spørsmål og erfaringer. I tillegg kan deltakerne inspirere hverandre til å sette nye mål og komme videre. Under en gruppekonsultasjon blir veiledningen konkret og praktisk, fordi man som helsepersonell får flere eksempler å spille på (Viifladt og Hopen 2004).

2.5 Mestring

Mestring er et lite ord som handler om store ting – om å takle utfordringer både av det praktiske slaget (å åpne melkekartongen) og av det emosjonelle salget (å ikke ta imot bamser som vekker savn) (Fjerstad 2010, 47).

Mestring er noe vi alle gjør, vi takler livene våre så best vi kan, friske som syke (Fjerstad 2010). Begrepet å *mestre* gir i dagligtale positive assosiasjoner og betyr å beherske, ha tak på, greie eller å være herre over en situasjon (Hanssen og Natvig 2007). En del læring og mestringssentre rundt om i landet har sin teoretiske plattform innenfor helsepedagogikk og bruker begrepet mye. Her er det helsepersonellens oppgave å styrke pasienten til å ta egne valg og til å gjenvinne kontroll i livet sitt. Innen helsepedagogikken dreier mestring seg om opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og følelsen av å ha kontroll over eget liv. Mestring handler også om å se forskjellen på det du må leve med og det du selv kan være med å endre på (Fjerstad 2010).

I følge Lazarus og Folkman (1984) bruker mennesker en kombinasjon av problem- og emosjonellfokusert mestring for å takle belastninger (Karlsen 2011, Reitan 2006). I noen studier kommer det frem at problemfokusert mestring er spesielt viktig for personer med diabetes, dette med tanke på å oppnå metabolsk kontroll, unngå hyppige følinger og komplikasjoner. Men det har vist seg at mange voksne med diabetes er passive i møte med sykdommens utfordringer (Karlsen 2011).

Hver enkelts evne til mestring påvirkes av personlige forutsetninger og interesser, alder og kjønn, motstandskraft mot påkjenninger og tidligere erfaringer med stress, kriser og sykdom. I tillegg vil mestringsevnen bli påvirket av når i livsløpet sykdommen rammer og hvilket sosialt nettverk personen har. Fortrolighet til andre er en grunnleggende ressurs i livet og støtte fra andre vil kunne bygge motstandskraft slik at man kan takle store påkjenninger (Reitan 2006).

3.0 Metodebeskrivelse

For å besvare hensikten har vi brukt systematisk litteraturstudie som metode. Når en gjør en systematisk litteraturstudie, søker, kritisk vurderer og analyserer man ulik forskning innenfor samme emne. En slik type studie gir leseren oversikt over tilgjengelig forskning og kvaliteten på denne (Nordvedt m.fl. 2007).

3.1 Datainnsamling

Litteraturstudien startet med et prøvesøk for å kartlegge hvilke ulike tema som var forsket på innenfor diabetes type 2. For å få bedre oversikt over og systematisere søkene ble søkeordene satt inn i PIO-skjema (vedlegg 1) og skjemaet ble brukt igjennom hele prosessen (Nordvedt et al. 2007). Både norske og engelske ord ble satt inn i PIO-skjemaet, men for det meste engelske søkeord ble benyttet. Dette fordi hovedsøkene ble gjort i databasene OVID (Journals@Ovid Full Text og British Nursing Index), ProQuest og Science Direct. "Type 2 diabetes" eller "diabetes type 2" ble brukt som hovedsøkeord og kombinert med ord som adult, middle aged, education, guidance, information, self management, manage, quality of life, self care og empowerment. Det ble gjort noen søk med norske ord i Vård i Norden, men da kun "diabetes" og "diabetes type 2" som søkeord.

I det første søket ble databasen Journals@Ovid Full Text benyttet, noe som ga lite relevant treff. Derfor fortsatte vi å søke i andre fulltekstdatabaser: ProQuest, Science Direct og Vård i Norden. Siden fulltekstdatabasene ga lite resultat, ble søkene utvidet. Søket fortsatte da i databasene British Nursing Index og Medline, der det også var mulighet for mer avanserte søk. Tre av artiklene, nr 9, 12 og 13 (Vedlegg 1), ble funnet igjennom manuelle søk. Disse ble funnet i litteraturlisten til en meta-analyse og søkt opp i Google. Under prosessen ble hensikten og problemstillingen endret flere ganger, noe som også førte til forandringer i PIO-skjemaet. På tross av dette, kunne likevel noen av forskningsartiklene som ble funnet i de tidligste søkene tas med videre i studien.

For søkehistorikk: Se vedlegg 2

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

De inkluderte artiklene skulle være kvantitative eller kvalitative og publisert fra år 2003 og frem til 2011. Forskningen skulle være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Utvalget av deltakere ble avgrenset til å omhandle hjemmeboende voksne kvinner og menn med diagnosen diabetes type 2. Artiklene skulle være refereevurdert.

3.3 Kvalitetsvurdering

For å sikre forskningsartiklenes kvalitet ble de kritisk vurdert underveis i søkeprosessen. Dette ble gjort for å unngå å sitte igjen med artikler av dårlig kvalitet etter at søket var avsluttet. Artiklene ble lest hver for oss, for å så bytte artikler slik at begge fikk lest alle. Kvalitetsvurderingen ble gjort individuelt, men vi forhørte oss med hverandre om den andre hadde innvendinger. Under kvalitetsvurdering ble skjema i boken til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) (Vedlegg 3) brukt. De ulike svarene fikk poeng, der ja-svar fikk et poeng og nei eller uklare svar fikk null. Deretter regnet vi poengene om til prosent. Artiklene av god kvalitet fikk 100-80 % ja-svar, mens artikler av middels kvalitet fikk 70-79 % og artiklene av dårlig kvalitet fikk 60-69 % ja-svar (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Alle de inkluderte artiklene ble vurdert til å være av god kvalitet og 11 artikler var godkjent av etisk komité. I disse elleve artiklene ble frivillig samtykke innhentet og deltakerne ble informert at de kunne trekke seg underveis (Aadland 2004).

3.4 Dataanalyse

Etter søkene og kvalitetsvurderingen var ferdig satt vi igjen med 13 relevante artikler av god kvalitet. For å sikre relevans og kvalitet ble artiklene lest på nytt.

Analysen startet med å lese over resultatdelen i alle artiklene på nytt. Dette for å få en grundigere innsikt i innholdet av artiklene. For å få oversikt over hvilke tema som gikk igjen i artiklene, ble de ulike temaene skrevet på en tavle. I Braun og Clarke (2006) sin artikkel om tematisk analyse står det beskrevet at å lese artiklene flere ganger, vil gi en dypere forståelse av teksten og gjøre det enklere å analysere innholdet. En tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere tema i innholdet av

dataene. Tematisk analyse er mye brukt, men det er ingen klare retningslinjer for hvordan den skal gjennomføres (Braun og Clarke 2006).

Resultatdelen i hver artikkel ble klipt opp og lest på nytt. Dette ble gjort for å løsrive resultatene fra artiklene og heller se de i sammenheng med oppgavens hensikt. Dette beskrives som en måte for å tematisere dataene i Braun og Clarke (2006) sin artikkel. Utklippene ble merket med nummer etter hvilken artikkel de hørte til. Vi arbeidet systematisk for å kategorisere utklippene i undertema representativt for innholdet i dataene. Et tema skal representere en mening, sett i sammenheng med hensikt og problemstilling. Det er ikke et gitt svar på hva som er et tema, det vil være opp til hver enkelt å tolke innholdet i dataene (Braun og Clarke 2006). For å sikre at funnene i artiklene var kategorisert under riktig tema, ble de lest på nytt og eventuelle endringer ble gjort. Utklippene som hørte til samme undertema ble samlet, noe som ga god orden. På dette tidspunktet var innholdet i dataene uoversiktlig og abstrakt. Under skriveprosessen ble sammenhengen i dataene og hva det representerte mer tydelig. I Braun og Clarke (2006) blir det også belyst at temaene på dette tidspunktet i prosessen kan være uoversiktlig og at skriveprosessen er en integrert del av analysen. Analysen resulterte i åtte undertema som igjen ble samlet i to hovedtema: *Å leve med sykdommen* og *Støtte og veiledning*.

4.0 Resultat

Resultatet er basert på 13 kvalitative artikler. Analysen resulterte i to hovedtema. Disse to hovedtemaene ble delt inn i åtte undertema.

4.1 Å leve med diabetes type 2 var en utfordring

Det kommer frem i de forskjellige studiene at å leve med diabetes type 2 var en stor utfordring for de fleste. Streng diett og å begynne med og administrere insulin for å holde blodsukkeret stabilt, var noen av utfordringene beskrevet av deltakerne i de forskjellige studiene (Beverly, Penrod og Wray 2007, Petek et al. 2009, Vermiere et al. 2003, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). Mange følte det var vanskelig å ta diagnosen på alvor, mye på grunn av mangel på symptomer og at sykdommen behandles med tabletter. Noen fikk også inntrykk fra helsepersonell at sykdommen ikke var alvorlig før senkomplikasjoner hadde oppstått (Adolfson et al. 2008, Hood et al. 2009, Lawton et al. 2005, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004).

Manglende symptomer gjorde det vanskelig å forstå alvoret med sykdommen

I flere studier beskrev deltakerne at deres første reaksjoner på sykdommen kunne i ettertid vise at de ikke hadde akseptert alvorlighetsgraden av sykdommen (Adolfson et al. 2008, Hood et al. 2009, Lawton et al. 2005, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). Grunnen til dette var blant annet mangel på symptomer og det faktum at sykdommen kun ble behandlet med tabletter (Hood et al. 2009). I Vinter-Repalust, Petricek og Katic (2004) sin studie forklarte deltakerne at de følte de ikke hadde blitt advart om risikoen for å utvikle senkomplikasjoner, selv om de var enige i at de hadde fått informasjon om dette tidligere. Flere mente også at sykdommen ikke ble oppfattet som alvorlig verken av dem selv eller helsepersonell, før etter komplikasjoner hadde oppstått (Vermiere et al. 2003, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). Siden deltakerne ikke hadde symptomer på sykdommen, kom diagnosen som et stort sjokk (Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004).

Å forstå alvorligheten av diagnosen var for mange en motivasjon til å gjøre de nødvendige endringene og dermed mestre sykdommen (Beverly, Penrod og Wray 2007, Stenner, Courtenay og Carey 2010). Hood et al. (2009) og Vinter-Repalust, Petricek og Katic (2004) skrev at etter hvert som studiedeltakerne lærte hvordan kroppen reagerte på ulik

mat, aktiviteter og medikamenter utviklet de evne til å takle sykdommen. Dette ble også beskrevet i studien til Adofson et al. (2008), at kunnskap om det som skjedde i kroppen og senkomplikasjoner, samt evaluering og refleksjon over forholdet mellom kosthold, fysisk aktivitet og blodsukker, var viktig for deltakerne. Deltakerne i en studie gjorde individuelle justeringer så langt de kunne (Vinter-Replust, Petricek og Katic 2004).

Å tilpasse livet etter sykdommen var en stor utfordring

Det kom frem i flere studier at å tilpasse livet etter sykdommen, var en stor utfordring (Beverly, Penrod og Wray 2007, Petek et al. 2009, Vermiere et al. 2003, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). I studien til Beverly, Penrod og Wray (2007) beskrev deltakerne sykdommen som en byrde. Å hele tiden skulle holde blodsukkeret stabilt fikk flere til å miste motivasjonen (Beverly, Penrod og Wray 2007, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). En deltaker i studien til Beverly, Penrod og Wray (2007) beskrev at det var dager der han ønsket å våkne opp en dag uten å tenke på blodsukkernivå, vekt og hvor mange karbohydrater frokosten inneholdt. Dette ble sett i sammenheng med at sykdommen var tilstede 24 timer i døgnet, 365 dager i året, resten av livet. Beverly, Penrod og Wray (2007) nevnte også at de ulike følgene av sykdommen var vanskelig å holde ut, for eksempel sprøytestikk, streng diett og angst for hva fremtiden kunne bringe. Dette ble underbygget av flere studier, der det også ble beskrevet at det å tilpasse livet etter sykdommen var en stor utfordring (Beverly, Penrod og Wray 2007, Petek et al. 2009, Vermiere et al. 2003, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). Flere av deltakerne følte seg også utenfor i sosiale sammenhenger og i arbeidslivet (Petek et al. 2009, Vermiere et al. 2003, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004).

Å starte med insulin var en stor omvelting i livet

Mange syntes det var vanskelig å forstå virkningen av medikamentene, siden de ikke kunne kjenne noen fysiske forandringer. Selv om noen ikke ønsket å ta medikamentene, gjorde de det likevel siden de så det som nødvendig for helsen (Tjia et al. 2008).

I to studier kom det frem at det å starte med insulin var en stor omvelting i livet. De fleste følte frykt for behandlingen, men etter at de hadde begynt med insulin, så de den positive effekten (Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petriecek og Katic 2004). I Hood et al. (2009) og Edwall et al. (2008) sa deltakerne at det var viktig å akseptere insulinbehandling tidlig, dette fordi det ofte kunne komme som et sjokk da det ble en nødvendig behandling senere i sykdomsforløpet. Mange deltakere ble sinte fordi de ikke ble informert om insulinbehandling da de fikk diagnosen (Edwall et al. 2008). Flere følte at andre med diabetes ville dømme dem for å være en ”dårlig diabetiker” da de måtte begynne med insulin, som om det var en konkurranse (Hood et al. 2009).

4.2 Støtte fra helsepersonell og andre var viktig for å kunne mestre sykdommen

Deltakernes forståelse av sykdommen, var avhengig av hvilken kunnskap helsepersonell hadde (Adolfson et al. 2007, Beverly, Penrod og Wray 2007, Hood et al. 2009, Lawton et al. 2005, Moser et al. 2009, Oftedal et al. 2010, Stenner, Courtenay og Carey 2010, Vermiere et al. 2003, Vinter-Repalust, Petriecek og Katic 2004). At helsepersonell viste interesse og var tilgjengelige for spørsmål ga deltakerne et bedre grunnlag for å mestre sykdommen (Edwall et al. 2008, Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä 2009, Stenner, Courtenay og Carey 2010). Utbyttet av veiledningen varierte, ut i fra om veiledningen var individuell, i grupper eller begge deler (Adolfson et al. 2007, Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä 2009, Oftedal, Karlson og Bru 2010, Stenner, Courtenay og Carey 2010). Støtte fra familie, venner, kollegaer og helsepersonell var viktig for at deltakerne skulle mestre sykdommen (Beverly, Penrod og Wray 2007, Moser et al. 2009, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petriecek og Katic 2004).

Diabetessykepleieren var flink til å identifisere problemer og hindre utvikling av trusler mot helsen

Det kom frem i flere av studiene at deltakerne mente behandlingen burde vært gitt av noen med spesialkompetanse på området (Lawton et al. 2005, Stenner, Courtenay og Carey 2011, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004).

Studiedeltakerne i Stenner, Courtenay og Carey (2011) beskrev diabetessykepleieren som mer kunnskapsrik og interessert i sykdommen enn legen, og at sykepleieren derfor kunne mer om behandlingsalternativer. Dette mente de var et resultat av diabetessykepleierens utdannelse og erfaring, i forhold til daglige konsultasjoner med personer med diabetes. Noen følte også at diabetessykepleieren var raskere til å identifisere problemer og mer interessert i å tilby hjelp for disse. I Edwall et al. (2008) fortalte deltakerne at de følte det som en lettelse i hverdagen at diabetessykepleieren var flink til å identifisere problemene og hindre utvikling av trusler mot helsen. Møtet med diabetessykepleier ble beskrevet slik av en deltaker:

Without being unkind to the doctors, the diabetic nurse seems more informative than what doctor does. You see going back to this problem with the painful injections, when I first went to the doctor he was, “Well err, I don’t know – What can we try?” and I said “could we try some new needles, different needles?” and he said “why do you think that would work?” and I thought, you know, “just give me a chance!” But if I said to NP the diabetic nurse, “do you think we could try some new needles?” she’d say “well yes but I don’t think that will work, why don’t we try this”. She listens and she’s got it up here (in memory)” (Stenner, Courtenay og Carey 2011).

I en norsk studie kom det frem at noen deltakere ga opp å holde sykdommen i sjakk når helsepersonell ignorerte deres meninger (Ofstedal, Karlsen og Bru 2010). Både i Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä (2009) og Stenner, Courtenay og Carey (2011) beskrev deltakerne at diabetessykepleieren hadde god tid til samtale og diskusjon. Noen deltakere fortalte at diabetessykepleieren var flink til å forklare, slik at de fikk en dypere forståelse for sykdommen og hvordan takle den. Det at diabetessykepleieren oppfordret pasientene til å bli mer involvert i å forbedre helsen, fikk de til å ta mer ansvar til å mestre

livet med sykdommen (Stenner, Courtenay og Carey 2010). Diabetessykepleieren ble beskrevet som å ha bred kunnskap om helse og livsstil. De var også sett på som fleksible og gav deltakerne mer tid hvis dette var ønsket. Dette skapte et grunnlag for en grundigere konsultasjon og tid til å gå mer detaljert inn i forklaringer og diskusjoner rundt sykdommen (Stenner, Courtenay og Carey 2011). I en studie mente deltakerne det var positivt å få undervisning om ulike tema, og en deltaker likte at de kunne gå dypere inn i de ulike temaene sammen med diabetessykepleieren. En deltaker fortalte også at sykepleierens rolle var å hjelpe til og å støtte (Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä 2009).

Flere deltakere i Edwall et al. (2008), Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä (2009) og Stenner, Courtenay og Carey (2011) følte at en rutinesjekk hos helsepersonell skapte trygghet. I studien til Edwall et al. (2008) fortalte deltakerne at rutinesjekker hos helsepersonell hjalp mot angst for sykdommen og dårlig helse. Like mye var tilgangen til støtte en viktig faktor, og de følte seg derfor mindre alene om sykdommen. I Edwall et al. (2008) og Stenner, Courtenay og Carey (2011) beskrev deltakerne at de følte seg trygge, siden sykepleieren kunne nås på telefon for råd og avtaler.

I tre studier kom det frem at å diskutere problemene med sykepleieren bidro til økt forståelse av sykdommen (Moser et al. 2009, Oftedal, Karlsen og Bru 2010, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). Det var viktig for deltakerne at helsepersonell spurte om deres meninger når det gjaldt livet med diabetes. Når noen oppdaget at helsepersonell ignorerte deres syn, unngikk de å oppsøke hjelp og ga opp å holde sykdommen i sjakk (Oftedal, Karlsen og Bru 2010).

I Oftedal, Karlsen og Bru (2010) sin studie ble det gitt uttrykk for at helsepersonell og deltakernes kunnskap utfylte hverandre. En deltaker beskrev at et godt samarbeid med helsepersonell var motivasjon nok for å gjøre nødvendige justeringer for å forbedre de daglige rutinene.

Mange opplevde å få mangelfull informasjon om sykdommen og følgene av den

I flere studier kom det frem at deltakerne mente at å få kunnskap om sykdommen gjorde dem bedre forberedt på å mestre livet (Adolfson et al. 2007, Beverly, Penrod og Wray 2007, Hood et al. 2009, Oftedal, Karlsen og Bru 2010, Stenner, Courtenay og Carey 2010, Vermiere et al. 2003, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). Mange deltakere opplevde likevel å få mangelfull informasjon (Adolfson et al. 2008, Oftedal, Karlsen og Bru 2010, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004).

I følge en studie måtte sykepleieren holde seg oppdatert på ny forskning og nye retningslinjer, for å kunne gi deltakerne riktig informasjon. Informasjonen de ga måtte inkludere både fordeler og ulemper med ulike behandlingsalternativer, noe som førte til at deltakerne kunne ta egne informerte beslutninger (Moser et al. 2009). Forståelsen av informasjon var en rettesnor på gode eller dårlige vaner. Noen deltakere følte da mestring ved å være sunn, mens andre som ikke var det, fikk skyldfølelse (Edwall et al. 2008).

Informasjon om sykdomsprosessen ga deltakerne en påminnelse og oppdatering på nødvendig kunnskap som førte til innsikt i sykdommen og dens påvirkning på kroppen (Edwall et al. 2008). I Vinter-Repalust, Petricek og Katic (2004) uttrykte noen deltakere behov for mer og bedre informasjon, når de for eksempel skulle starte med nye medisiner. En deltaker i studien til Edwall et al. (2008) var overrasket over at kroppen reagerte forskjellig, avhengig av i hvilken rekkefølge maten ble inntatt. I Adolfson et al. (2008) og Oftedal, Karlsen og Bru (2011) fortalte deltakerne at de kun hadde fått råd om kosthold og fysisk aktivitet. Noen hadde også blitt fortalt at de måtte gå ned i vekt. De fleste følte derfor de hadde fått for liten kunnskap om diabetes:

I received little instruction, just remarks that I shouldn't eat this and that... don't know if I've got any real instruction in that either... You need to sit down and talk about it to get a proper understanding... (Adolfson et al. 2007).

I Adolfson et al. (2008) fortalte deltakerne at kunnskapen de hadde om sykdommen og senkomplikasjoner, som regel kom fra brosjyrer eller familie og venner. I en annen studie uttrykte deltakerne behov for oftere kontroller og mer undervisning om sykdommen og

behandlingen. De ville også ha mer skrevet materiell og mente ett TV-program eller film kunne være til hjelp i undervisningen (Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004).

I studien til Oftedal, Karlsen og Bru (2010) sa de fleste deltakerne at de sjeldent hadde mottatt praktisk støtte av helsepersonell. Mange følte at behovet for praktisk støtte ble ignorert og oversett. Og mangelen på praktiske råd minsket deltakernes evne til å bruke informasjonen som et redskap i mestringsprosessen. Mens i Stenner, Courtenay og Carey (2010) ble sykepleierne ofte omtalt som tålmodig når det gjaldt å forklare tilstand og behandling. Sykepleierens kunnskap og erfaring førte til det var lettere å forstå deltakerens historie og personlighet.

Individuell veiledning førte til mindre forståelse for kompleksiteten av sykdommen enn gruppeveiledning

Opplevelsen av individuell veiledning var forskjellig hos de ulike deltakerne. Noen mente individuell veiledning førte til at de ble mer motivert, mens andre mente de hadde fått mer forståelse for kompleksiteten i diagnosen ved å ha veiledning i grupper (Adolfson et al. 2007, Oftedal, Karlsen og Bru 2010, Stenner, Courtenay og Carey 2010).

Deltakerne i studien til Stenner, Courtenay og Carey (2010) beskrev diabetessykepleierne som positive, vennlige og genuint interesserte. Personlig tilnærming fikk deltakerne i to av studiene til å føle seg ivaretatt (Adolfson et al. 2007, Stenner, Courtenay og Carey 2010). Noen mente også at det var en viktig indikator på kvaliteten på veiledningen. Informasjon, råd og behandling gitt av diabetessykepleieren ble beskrevet som å være mer skreddersydd til hver enkelt deltakers behov, enn hos legen (Stenner, Courtenay og Carey 2010). Individualisert behandling var spesielt viktig for deltakere som hadde insulinkrevende diabetes, slik at de lærte seg å balansere insulindosen etter måltider og aktivitetsnivå (Stenner, Courtenay og Carey 2010).

Å ha konsultasjonene med den samme diabetessykepleieren var viktig for deltakerne, fordi kontinuitet skapte et mer personlig og støttende forhold (Adolfson et al. 2007, Stenner, Courtenay og Carey 2010). I Stenner, Courtenay og Carey (2010) sa deltakerne at de følte seg mer vel og stolte mer på sykepleieren på grunn av dette. Kontinuitet reduserte også behovet for å repetere informasjon og det økte den gjensidige forståelsen (Adolfson et al. 2007, Stenner, Courtenay og Carey 2010).

Deltakernes evne til å kontrollere sykdommen var i Stenner, Courtenay og Carey (2010) sin studie beskrevet som avhengig av om de hadde deltatt i individuelle eller gruppebaserte veiledningsgrupper. Det kom også frem at de som hadde hatt individuell veiledning hadde mindre forståelse for kompleksiteten i diagnosen, enn de som hadde veiledning i grupper. I Adolfson et al. (2007) mente deltakerne at helsepersonell hadde en overordnet rolle i de individuelle veiledningsgruppene. Noe som førte til mye enveiskommunikasjon, der sykepleieren ledet samtalen og stilte spørsmålene. Noen deltakere følte de ikke hadde hatt mot til å ta opp det de lurte på, og reiste derfor hjem med ubesvarte spørsmål (Adolfson et al. 2007). I Oftedal, Karlsen og Bru (2010) sin studie mente flere av deltakerne som hadde fått individuell veiledning, at de hadde blitt mer motivert til å ta kontroll over sykdommen om de hadde vært deltakere i veiledningsgrupper. Dette fordi de da hadde hatt noen å dele erfaringer og frustrasjoner med.

Gruppeveiledning skapte trygghet og ga bedre innsikt i alvorlighetsgraden av sykdommen

Deltakerne i tre studier mente fellesskapet i gruppene skapte trygghet (Adolfson et al. 2007, Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä 2009, Oftedal, Karlsen og Bru 2010). Det å få gruppeveiledning mente deltakerne i studien til Adolfson et al. (2007) hadde gitt dem bedre innsikt i alvorlighetsgraden av sykdommen, noe som også innebar at de hadde mer forståelse for hvordan de selv kunne påvirke sykdommen. I en studie følte deltakerne glede og tilfredsstillelse av å kunne være en hjelp og støtte for andre deltakere i gruppene. I tillegg til at de gledet seg til å treffe de andre gruppedeltakerne (Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä 2009). Deltakerne i veiledningsgruppene i Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä (2009) og Oftedal, Karlsen og Bru (2010) sine studier følte de kunne lære mye av hverandre, med tanke på å utveksle kunnskap og erfaringer. Mange av deltakerne følte også at gruppefellesskapet hadde mye og si for egenomsorgen. Dette fordi de ble motivert av å høre hvordan andre gruppedeltakere håndterte sin sykdom (Adolfson et al. 2007, Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä 2009, Oftedal, Karlsen og Bru 2010). Deltakerne mente også at størrelsen på gruppene var avgjørende for at deltakerne skulle være trygge på hverandre (Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä 2009).

Forholdet mellom helsepersonell og gruppedeltakerne ble i studien til Adolfson et al. (2007) karakterisert som å bestå av gjensidig tillitt. Når veilederne oppfordret hver enkelt deltaker til å diskutere deres egne problemer, førte det til at deltakerne følte de kunne snakke mer åpent uten å føle seg flaue eller ukomfortable.

Mangel på sosial støtte førte til vanskeligheter med å mestre sykdommen i dagliglivet

Det kom frem at de fleste følte de fikk støtte av familie og venner (Beverly et al. 2007, Petek et al. 2009, Viter-Repalust, Petricek og Katic 2004). I to studier kom det frem at flere opplevde støtte når ektefellen og familien la om livsstilen (Petek et al. 2009, Viter-Repalust, Petricek og Katic 2004). Men det kom også frem at deltakerne følte seg som en byrde ovenfor ektefellen og familien, siden sykdommen førte til store endringer i hverdagen. Dette spesielt med tanke på planlegging og tilberedning av måltider, da dette var noe som involverte både den med diabetes og familien ellers (Beverly, Penrod og Wray 2007, Petek et al. 2009, Viter-Repalust, Petricek og Katic 2004).

Mangelen på sosial støtte førte ofte til vanskeligheter med å mestre sykdommen i dagliglivet. Deltakerne opplevde å få lite støtte fra kollegaer. Derfor følte de seg ukomfortable og mindreverdige i arbeidslivet, og de prøvde da å skjule sykdommen. Dette førte til at det for mange var vanskelig å følge behandlingsopplegget, særlig med tanke på kosthold (Petek et al. 2009, Viter-Repalust, Petricek og Katic 2004).

I flere studier kom det frem at deltakerne følte de fikk god støtte fra helsepersonell (Adolfson et al. 2007, Stenner et al. 2010, Petek et al. 2009, Viter-Repalust et al. 2004). Men det kom også frem at noen følte de ikke fikk støtte og forståelse fra sykepleieren. Likevel gikk de heller dit for å teste blodglukosen enn å gjøre det selv (Viter-Repalust, Petricek og Katic 2004).

5.0 Metodediskusjon

Det ble tidlig bestemt at vi ville skrive om noe relater til diabetes type 2 og begynte derfor å søke i ulike databaser, for å få en oversikt over hvilke ulike tema det var forsket på. Dette ble deretter diskutert med veileder, og vi kom til slutt frem til et tema å jobbe videre med. For å få mer kunnskap om temaet ble det lest en del teori, både i pensumbøker og annen faglitteratur. Litteraturen ga lite informasjon om hvordan personer med diabetes type 2 opplevde støtte og veiledning. Derfor fokuserte vi på forskning som belyste pasientperspektivet. På bakgrunn av dette ble det kun brukt kvalitative artikler, siden det er mest hensiktsmessig når man skal belyse pasienterfaringer (Nordtvedt et al. 2007). Temaet har vært det samme gjennom hele prosessen, men av ulike årsaker har problemstillingen og derfor også søkeordene vært forandret en del ganger.

De inkluderte artiklene var fra Belgia (1), Kroatia (1), Nederland (1), Norge (1), Slovenia (1), Sverige (2), Sverige /Norge (1), Storbritannia (3) og USA (2). Funnene skulle kunne overføres til norske forhold, men underveis i prosessen ble det oppdaget at ved å belyse pasienterfaringer, var nasjonaliteten til artikkelen mindre viktig. Dette fordi pasienterfaringene var like i de ulike landene. Kun to av de inkluderte forskningsartiklene var eldre enn fem år. Siden pasienterfaringene viste seg å være like i de forskjellige artiklene av ulik dato ble det besluttet å ta med disse.

Igjennom biblioteket ved Høgskolen i Molde sine nettsider hadde vi tilgang til ulike databaser. I begynnelsen av søkeprosessen ble det valgt og kun søke i Journals@Ovid Full Text, dette for å ha tilgang til artiklene underveis. Dette ga få treff og søket ble derfor utvidet til andre databaser, hvor en kunne bestille artiklene gjennom biblioteket på Høgskolen i Molde. Søket ga relevante treff i databasene Journals@Ovid Full Text, Science Direct, ProQuest, Vård i Norden og British Nursing Index. Siden det var kun i Journals@Ovid Full Text og British Nursing Index det var mulig å kombinere ordene med både OR og AND i samme søk, var det vanskelig å konkretisere søkene like bra i andre databaser. Men siden artiklene ble funnet igjen i flere databaser, ser vi ikke på dette som en svakhet. Tre av artiklene ble funnet igjennom manuelle søk. Disse artiklene ble oppdaget i litteraturlisten til en artikkel som i utgangspunktet var inkludert i studien, men som viste seg, etter nøye studering å være en meta-analyse.

Fremgangsmåten for litteratursøket kan være en svakhet, da den ble noe uryddig og lite systematisk. Derimot ble retningslinjene for bacheloreksamen gitt av Høgskolen i Molde fulgt nøye. Ustrukturerte søk i begynnelsen førte til mange og lite relevante treff, men det ga oss likevel en pekepinn på hvilken forskning som var tilgjengelig. Ut i fra disse søkene fant vi tema og foreløpig problemstilling. Søkord ble etter hvert lagt inn i PIO skjema og anvendt i søket, og relevante funn ble gjort. Siden problemstillingen ble endret og nye søkeord lagt til, gjenspeiler det seg i søkehistorikken. Det kunne vært spart mye tid og innsats dersom vi hadde vært mer konsekvente på hensikt og problemstilling, da dette førte til at mange artikler måtte ekskluderes og nye søk ble gjort. Utfordringene med litteratursøket har gjort arbeidet med oppgaven mer omfattende enn forventet, men det er likevel en nyttig erfaring å ha med seg videre.

Før kvalitetsvurderingen av artiklene satte vi oss inn i litteratur om kritisk tolkning og vurdering av forskningsartikler. Skjema for kvalitetsvurdering i boken til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) ble valgt, siden denne boken var pensum. Siden Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) skriver på svensk, kan dette ha vært en ulempe da mistolkning av språket kan ha oppstått. Dette ble vurdert underveis og vi valgte likevel å bruke dette skjemaet, fordi det hadde relevante spørsmål og god oversikt. Artiklene delte vi mellom oss, for å så lese de på nytt og deretter å presentere artikkelen og kvalitetsvurderingen for hverandre. Siden begge hadde lest alle artiklene før kvalitetsvurderingen startet, ser vi ikke på dette som en svakhet.

Det ble også tidlig undersøkt hvilken teori som var relevant for hensikten og problemstillingen. Fordi vi ønsket å gå inn i søkeprosessen og analysen med mye kunnskap om de forskjellige temaene. Derfor ble det lagt ned mye arbeid i teoridelen og vi ser i ettertid at det kunne med fordel blitt brukt mindre tid på dette. Samtidig var det en fordel å ha mye kunnskap på området i både analyseprosessen og i diskusjonen. Dette fordi å vite nøyaktig i hvilken bok og i hvilket kapittel en kunne finne teori knyttet til funnene, lettet arbeidet.

Vi har gjennom hele prosessen hatt et godt samarbeid og gjort det meste av arbeidet sammen. Å være to når en skal analysere forskning og diskutere denne opp mot teori, ser vi på som en fordel.

6.0 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonen ble delt inn i to hovedtema, med tilhørende undertema.

6.1 Å takle mange utfordringer på en gang kan være en belastning

Diabetes er for mange svært krevende å leve med, dette fordi sykdommen påvirker nærmest alle aspekter i hverdagen (Sagen 2011). Og mange med diabetes type 2 opplever mange utfordringer på en gang som kan være en stor belastning (Karlsen 2011). Spesielt krevende blir det når det er personen selv som har ansvar for å opprettholde et optimalt blodsukkernivå (Sagen 2011). Omlegging av kostholdet, økt fysisk aktivitet, administrering av insulin og konstant bekymring for blodsukkernivået var utfordringer personer med diabetes type 2 opplevde som svært vanskelig (Beverly, Penrod og Wray 2007, Hood et al. 2009, Petek et al. 2009, Vermiere et al. 2003, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). Det gjorde det også vanskelig for mange å akseptere alvoret med sykdommen. Mangel på symptomer og lite kunnskap om sykdommen var grunner til dette (Adolfson et al. 2007, Hood et al. 2009, Lawton et al. 2005, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). Mange oppfattet heller ikke at helsepersonell mente diagnosen var alvorlig før etter at senkomplikasjoner hadde oppstått (Hood et al. 2009, Lawton et al. 2005, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004).

Å få diabetes type 2 kan oppleves som en krise i livet

Personer med diabetes opplever mange utfordringer på en gang, fra å oppleve sykdommen som en belastning og etter hvert akseptere ett behov for livstilsendring, til og deretter tilegne seg nye ferdigheter og mestre dagliglivet med sykdommen. For en person med diabetes er det helheten av sykdommen som er viktig, siden diabetes omhandler mange bestanddeler i livet (Karlsen 2011). Det viser seg i flere studier at deltakerne hadde problemer med å akseptere sykdommen og de beskriver at deres første reaksjon på sykdommen var å benekte alvorlighetsgraden av den (Adolfson et al. 2007, Hood et al. 2009, Lawton et al. 2005, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). Mangelen på symptomer og kunnskap om sykdommen og at deltakerne ikke oppfattet sykdommen som alvorlig, var noen av grunnene til at de ikke forstod alvoret. Flere mente også at helsepersonell ikke hadde fremstilt diagnosen som alvorlig (Hood et al. 2009, Lawton et al. 2005, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004).

At så mange av deltakerne ikke hadde akseptert alvorlighetsgraden av diagnosen (Adolfson et al. 2007, Hood et al. 2009, Lawton et al. 2005, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004), kan sees i sammenheng med at dette kan oppleves som en krise i livet. I følge Fjerstad (2010) er det å få en kronisk sykdom en eksistensiell krise og man kan streve med å finne ut av hvordan man skal takle sykdommen og ta vare på det livet man ønsker seg. Når mennesker møter belastende livssituasjoner er det grovt sett to måter man reagerer på for å oppnå mestring. Man kan enten se situasjonen i øynene og sette i gang indre og ytre ressurser for å møte den, eller en kan prøve å fortrenge ubehaget eller skyve det unna (Ribu 2005). At deltakerne følte at helsepersonell ikke greide å formidle at diagnosen var alvorlig, før etter senkomplikasjoner hadde oppstått (Hood et al. 2009, Lawton et al. 2005, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004), kan reflektere sykepleierens holding til sykdommen. Men det kan også grunne i deltakernes evne til å ta innover seg kritisk informasjon i en krisesituasjon. Derfor vil det være viktig for sykepleieren å være tilstede og tilby samtale, og i den forbindelse kartlegge reaksjoner og opplevelser. Personen må få muligheten til å få utløp for de tanker og følelsesmessige reaksjoner som måtte komme. Man ser derfor at undervisningen i egenomsorgsbehandling må legges til et gunstig tidspunkt (Ribu 2005). Dersom personer med diabetes type 2 ikke forstår hva som skjer med kroppen, vil det være en sjanse for at man vil la være å følge behandlingsopplegget (Tveiten 2008).

Manglende motivasjon kan føre til dårlig diabetesregulering

Diabetes er for mange svært krevende å leve med, dette fordi sykdommen påvirker nærmest alle aspekter i hverdagen. Spesielt krevende blir det når det er personen selv som har ansvar for å opprettholde et optimalt blodsukkernivå (Sagen 2011). Dette opplevde vi i praksis, der mange personer med diabetes type 2 opplevde bekymringer rundt blodsukkernivå og blodsuktermåling. Det står også beskrevet i flere studier at utfordringene med å ha diabetes type 2 var mange (Beverly, Penrod og Wray 2007, Hood et al. 2009, Petek et al. 2009, Vermiere et al. 2003, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004), blant annet bekymringer rundt blodsukkernivå (Beverly, Penrod og Wray 2007). Følgene av sykdommen og det å tilpasse livet etter den, ble sett på som vanskelig (Beverly, Penrod og Wray 2007, Petek 2009, Vermiere et al. 2003, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). En deltaker i studien til Beverly, Penrod og Wray (2007) fortalte at han tenkte

på sykdommen hele tiden og derfor ofte mistet motivasjonen. Tidligere studier har vist at manglende motivasjon kan føre til dårlig diabetesregulering, derfor trenger personer med diabetes både medisinsk og psykologisk støtte for å takle sykdommen (Karlsen 2011).

Å få en forståelse av hvilken innvirkning levevanene har på sykdommen, er et viktig element i diabetesbehandlingen (Sagen 2011). I flere studier fortalte deltakerne at de syntes det var en påkjenning at sykdommen ofte førte til at de måtte endre levevanene sine (Beverly, Penrod og Wray 2007, Hood et al. 2009, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust et al. 2004). Noen fortalte at etter hvert som de fikk kunnskap om sykdommen og hvordan kroppen reagerte på ulike påvirkninger på grunn av den, mestret de sykdommen bedre (Adolfson et al 2008, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). Dette henger sammen med Lazarus og Folkmans teori (1984) om at mestring er konsekvensen av hvordan en håndterer en stressreaksjon. Der en gjør vurderinger ut i fra hvilke krav en står overfor og personen stiller seg aktiv og direkte til problemet. Å få tilgang til kunnskap og informasjon vil derfor være en måte å mestre en slik stressende reaksjon på (Reitan 2005).

I to studier kom det frem at flere deltakere følte seg ofte utenfor i sosiale sammenhenger og i arbeidslivet. Dette var knyttet til følger av sykdommen, som for eksempel redsel for hypoglykemi. Noen følte også press fra kollegaer til å spise mat som ikke var tilpasset dietten (Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). I faglitteraturen som vi har lest kommer det frem hvor viktig sosial støtte fra familie, venner og kollegaer er (Karlsen 2011). Men det sies ingen ting om hvordan personer med diabetes type 2 opplever å få støtte og hvordan man skal takle og få negative bemerkninger om sykdommen.

Å begynne med insulin er ikke en straff for å ikke ha fått til egenbehandling

Det kom frem at det var ulik oppfattelse om hvor viktig det var å ta medikamenter. Det var ulike grunner til hvorfor deltakerne ikke tok medisinen, noen mente blant annet at det ikke var viktig eller nødvendig (Tjia et al. 2008). Dette kan ha sammenheng med det at mange ikke har akseptert alvorlighetsgraden av diagnosen, som nevnt tidligere. At noen unngår å ta foreskrevne medikamenter, kan føre til alvorlige senkomplikasjoner på grunn av hyperglykemi. Derfor er det viktig at sykepleierne er oppmerksomme på om personer med diabetes tar sine foreskrevne medikamenter og at de følger behandlingsopplegget (Sagen 2011).

Å måtte starte med insulinbehandling vakte for mange sterke følelser (Edwall et al. 2008, Hood et al. 2009). Måløy (2011) skriver at mange kan oppleve nedsatt livskvalitet når de må begynne med insulin. Det vil være viktig og tidlig akseptere at insulinbehandling kan være nødvendig etter mange år med sykdommen. Dette fordi det ofte kunne komme som et sjokk for mange å måtte begynne med insulin (Edwall et al. 2008, Hood et al. 2009). Insulinbehandling vil oftest bli nødvendig etter mer enn ti års sykdomsvarighet, fordi insulinproduksjonen da er så liten (Måløy 2011). Mange som måtte begynne med insulin følte ofte at andre med diabetes ville se ned på dem, for ikke å ha tatt godt nok vare på seg selv (Hood et al. 2009). Det er derfor viktig for sykepleieren å formidle at å måtte begynne med insulinbehandling er en konsekvens av å ha hatt diabetes i mange år, og ikke en straff for ikke å ha fått til egen behandling (Måløy 2011).

6.2 Regelmessig støtte fra helsepersonell kan hjelpe personer med diabetes type 2 til å fremme god helse

Regelmessig støtte fra helsepersonell kan hjelpe personer med diabetes type 2 med å skape trygghet, dempe angsten for sykdommen og fremme god helse. Derfor vil tilbud om konsultasjon med diabetessykepleier være viktig, fordi sykepleieren har en sentral rolle når det gjelder individuell oppfølging, undervisning og mestringstiltak (Edwall et al. 2008, Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä 2009, Stenner, Courtenay og Carey 2010). Gjennomføring av disse tiltakene vil kunne bedre metabolsk kontroll hos personer med diabetes type 2 (Iversen og Skafjeld 2011). Å ha konsultasjoner med den samme diabetessykepleieren var viktig, fordi kontinuitet skapte et mer personlig og støttene forhold, i tillegg til å øke den gjensidige forståelsen (Adolfson et al. 2007, Stenner, Courtenay og Carey 2010). Individuell støtte ga kontinuitet og skapte en personlig tilnærming til deltakerne (Edwall et al. 2008, Stenner, Courtenay og Carey 2010). Men det kom også frem at deltakernes evne til å kontrollere sykdommen var avhengig av om de hadde deltatt i individuelle eller gruppebaserte veiledingsgrupper. Det viste seg at de som hadde hatt individuell veiledning hadde mindre forståelse for kompleksiteten av diagnosen enn de som hadde hatt gruppeveiledning (Stenner, Courtenay og Carey 2010). I følge faglitteratur kan gruppebaserte tiltak fremme helse og livskvalitet, og føre til bedre sykdomsregulering og bedret metabolsk kontroll (Graue og Haugstvedt 2011, Karlsen 2011, Helsedirektoratet 2009). Sosial og profesjonell støtte hadde stor påvirkning på deltakernes evne til å mestre livet med sykdommen. På den andre siden viser det seg at siden sykdommen førte til store endringer i hverdagen, følte flere deltakere seg som en byrde ovenfor ektefelle og familie. Spesielt når det gjaldt planlegging og tilberedning av måltider (Beverly, Penrod og Wray 2007, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004).

Sykepleieren har en sentral rolle når det gjelder individuell oppfølging, undervisning og mestringstiltak

Med støtte fra sykepleier kan personer med diabetes type 2 få hjelp til å bearbeide vonde følelser knyttet til sykdommen (Karlsen 2011). Det kommer frem i de ulike studiene at det var viktig for deltakerne at sykepleierne hadde mye kunnskap, var lyttende til deres problemer og kom med løsninger på disse. Deltakerne satte også pris på at sykepleieren hadde god tid til samtale og var lett tilgjengelig (Edwall et al. 2008, Gustavsson-Karlson,

Olsson og Määttä 2009, Stenner, Courtenay og Carey 2010). I en av studiene forklarer en deltaker at sykepleierens rolle var å støtte og se til at de skulle få den hjelpen de trengte for å fungere best mulig (Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä 2009). I følge Karlsen (2010) skal ikke en veileder bare gi råd og komme med forslag til løsninger på problemer, men også hjelpe og støtte slik at personer med diabetes type 2 mestrer sykdommen.

Å ha regelmessige konsultasjoner med helsepersonell skapte trygghet, dempet angsten for sykdommen og fremmet god helse (Edwall et al. 2008, Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä 2009, Stenner, Courtenay og Carey 2011). I Norge har personer med diabetes type 2 regelmessige kontroller med fastlege (Helsedirektoratet 2009). I følge Nasjonale kliniske retningslinjer for diabetes (2009) er det kun personer med dårlig regulert diabetes eller kompliserende tilleggssykdommer som har kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det kommer ikke frem om personer med diabetes type 2 har tilbud om konsultasjon med diabetessykepleier. Sykepleieren har derimot en sentral rolle når det gjelder individuell oppfølging, undervisning og mestringstiltak, og å gjennomføre disse tiltakene vil kunne bedre metabolsk kontroll hos personer med diabetes type 2 (Iversen og Skafjeld 2011).

Tilgangen til støtte var en viktig faktor, siden deltakerne da følte seg mindre alene med sykdommen (Edwall et al. 2008). Med dette menes at helsepersonell var lett å få kontakt med via telefon for råd og avtaler (Edwall et al. 2008, Stenner, Courtenay og Carey 2011). I Norge vil denne kontakten være mellom personer med diabetes type 2 og fastlegen. I praksis har vi erfart at fastlegen ofte er lite tilgjengelig på telefon, noe også de ulike studiene bekrefter (Edwall et al. 2008, Stenner, Courtenay og Carey 2011). Det kom også frem i flere av studiene at mange av deltakerne var misfornøyd med konsultasjonen hos fastlege og mente blant annet at legen hadde for lite kunnskap om diabetes (Edwall et al. 2008, Oftedal, Karlsen og Bru 2010, Stenner, Courtenay og Carey 2010).

En utfordring for helsepersonell kan være å tilpasse undervisning og veiledning til hver enkelt. I startfasen er det derfor viktig å etablere et godt samarbeid. En må også være oppmerksom på at selv om noen har samme sykdom, er de like ulike som alle andre (Allgot 2011). Samarbeid mellom deltakere og helsepersonell var viktig for at deltakerne skulle mestre livet med sykdommen. Der helsepersonell hadde kunnskap og ekspertise på sykdommen og behandlingen, var deltakeren ekspert på hvordan han levde med sin diabetes (Oftedal, Karlsen og Bru 2010). Dette kom også frem i faglitteratur, der Karlsen

(2011) og Allgot (2011) skriver at personer med diabetes har sin egen oppfattelse av sykdommen og situasjonen rundt den, mens helsepersonell har et perspektiv basert på klinisk kunnskap og erfaring.

For å bedre kunne støtte egenbehandling og læring, må helsepersonell ta hver enkelt persons perspektiv og mål på alvor (Karlsen 2011). En studie beskrev at et godt samarbeid med helsepersonell ga motivasjon nok til å gjøre nødvendige justeringer for å forbedre de daglige rutinene. Det også frem at flere deltakere opplevde at helsepersonell ikke spurte om deres mening når viktige avgjørelser skulle tas (Ofteidal, Karlsen og Bru 2010).

Opplæring i egenomsorg er like viktig som medikamenter og gode behandlingsopplegg

Målet med undervisning og veiledning er å legge til rette for at personer med diabetes type 2 skal kunne mestre konsekvenser av sykdom og behandling. Det er viktig å vite grunnlaget for og konsekvensene av de valgene man tar (Tveiten 2008). I følge en studie måtte sykepleieren holde seg oppdatert på ny forskning og nye retningslinjer for å kunne gi deltakerne riktig informasjon. Sykepleieren måtte informere om både fordeler og ulemper med ulike behandlingsalternativer. Dette for at deltakerne skulle kunne ta egne informerte beslutninger (Moser et al. 2009). Dette underbygges i to andre studier, der deltakerne uttrykte at påminnelse og oppdatering på nødvendig informasjon førte til en større forståelse av sykdommen (Edwall et al. 2008, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). I en annen studie kom det frem at mangelen på praktiske råd minsket deltakernes evne til å bruke informasjonen som et redskap i mestringsprosessen (Ofteidal, Karlsen og Bru 2011).

I følge Lov om spesialisthelsetjenester § 3-8 (2001) har pasientopplæring som mål å bidra til en læringsprosess slik at den enkelte blir i stand til å mestre sin sykdom. Mangel på opplæring er i henhold til loven like alvorlig som mangel på medikamenter og gode behandlingsopplegg (Spesialisthelsetjenesteloven 2001). Likevel viste våre funn at deltakerne hadde for lite kunnskap om sykdommen (Adolfson et al. 2008, Edwall et al. 2008, Vermiere et al. 2003). Det kom også frem at flere deltakere kun hadde fått informasjon gjennom venner og familie eller fra brosjyrer (Adolfson et al. 2007). Det ble i andre studier etterspurt mer informasjon i form av skrevet materiell og mer undervisning om sykdommen og behandlingen (Adolfson et al. 2007, Vermiere et al. 2003, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). For at den enkelte skal kunne mestre livet som kronisk

syk, er opplæring en forutsetning. I tillegg hindrer god opplæring forverring av sykdommen og utvikling av senkomplikasjoner (Graue og Haugstvedt 2011).

I to studier kommer det frem at deltakerne kun hadde fått råd om kosthold og fysisk aktivitet, de følte derfor at de hadde for lite kunnskap om selve sykdommen (Adolfson et al. 2007, Oftedal, Karlsen og Bru 2010). En deltaker ga uttrykk for at helsepersonell måtte sette seg ned og snakke med hver enkelt slik at de fikk en bedre forståelse (Oftedal, Karlsen og Bru 2010). Dette understreker hvor viktig det er at personer med diabetes type 2 får informasjon om alle aspekter ved sykdommen. Noe som underbygges av Karlsen (2011). Ribu (2008) påpeker hvor viktig det er at personen selv lærer å identifisere helseproblemene tidlig, mens de ennå er reversible. Sykepleie til personer med diabetes type 2 må baseres på helhetlig tenkning, der hvilke ressurser personen har står sentralt i utformingen av tiltakene (Iversen og Skafjeld 2011).

Kontinuerlig og kvalifisert veiledning er avgjørende for sykdomsforløpet

God helsetjeneste er for mange med diabetes type 2 preget av kontinuierlig og kvalifisert veiledning og opplæring, noe som kan være avgjørende for sykdomsforløpet (Karlsen 2011). Det å ha konsultasjoner med den samme diabetessykepleieren var viktig, fordi kontinuitet skapte et mer personlig og støttende forhold, i tillegg til å øke den gjensidige forståelsen. Det kom også frem at personlig tilnærming fikk deltakerne til å føle seg ivaretatt (Adolfson et al. 2007, Stenner et al. 2010).

Det kommer derimot også frem en del ulemper med den individuelle veiledningen i de ulike studiene (Adolfson et al. 2007, Oftedal, Karlsen og Bru 2010). Deltakerne i en studie mente at helsepersonell hadde en overordnet rolle, noe som førte til mye enveiskommunikasjon. Enkelte følte også at de ikke hadde mot til å spørre om det de lurte på (Adolfson et al. 2007). I faglitteraturen blir ikke disse negative sidene belyst. I følge Karlsen (2011) er likeverdighet grunnleggende for all opplæring og veiledning i diabetesomsorgen. Det blir beskrevet at hensikten med veiledningen er å bli kjent med personen med diabetes og å bygge opp et tillits forhold gjennom en åpen og individuell prosess. I tillegg er formålet å formidle mest mulig informasjon.

Gruppebaserte tiltak kan fremme helse og livskvalitet

I følge Helsedirektoratet (2009) bør gruppeveiledning inneholde både teoretisk og praktisk informasjon. I tillegg bør det være fokus på de psykososiale aspektene knyttet til det å leve med diabetes. I en studie kom det frem at deltakernes evne til å kontrollere sykdommen var avhengig av om de hadde deltatt i individuelle eller gruppebaserte veiledningsgrupper. Det viste seg at de som hadde hatt individuell veiledning hadde mindre forståelse for kompleksiteten av diagnosen enn de som hadde hatt gruppeveiledning (Stenner et al. 2010). I følge faglitteratur kan gruppebaserte tiltak fremme helse og livskvalitet, og føre til bedre sykdomsregulering og bedret metabolsk kontroll (Graue og Haugstvedt 2011, Karlsen 2011 og Helsedirektoratet 2009). Vi tror at dette henger sammen med at gruppebaserte tiltak gir økt forståelse for sykdommen. Dette beskrives i studien til Adolfson et al. (2007) der noen mente gruppeundervisningen hadde gitt dem bedre innsikt i alvorlighetsgraden av diagnosen. Noe som innebar at de hadde mer forståelse for hvordan de selv kunne påvirke sykdommen.

Gruppebasert veiledning og undervisning har vist seg å ha størst effekt dersom den kombineres med kontinuerlig og individuell støtte (Helsedirektoratet 2009). Noe som underbygges i studien til Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä (2009), der kombinasjonen av gruppebasert veiledning og individuell støtte viste seg å ha god effekt. I studiene til Adolfson et al. (2007), Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä (2009) Oftedal, Karlsen og Bru (2010) følte deltakerne at gruppefellesskapet skapte trygghet. I følge Tveiten (2008) er fordelen med gruppeveiledning at man møter andre i samme situasjon. Dette kan bidra til at man føler seg som en del av fellesskapet og alminneliggjøre eventuelle problemer. Det kommer også frem at når man erfarer at andre har samme behov som en selv og at andre stiller spørsmål som man selv ikke turte å stille eller kom på, kan bidra til trygghet og mestring. Tveiten (2008) skriver at gruppeveiledning kan også ha en ulempe, dersom man ikke våger å komme med spørsmål eller kommentarer. Derfor er størrelsen på gruppene viktig. Noe som også påpekes i studien til Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä (2009) der deltakerne mente at grupper på 6-8 var passende. Forholdet mellom helsepersonell og gruppedeltakere ble beskrevet som å bestå av gjensidig tillit og deltakerne følte de kunne snakke mer åpent (Adolfson et al. 2007). Det kom også frem at deltakerne følte glede og tilfredsstillelse av å kunne hjelpe og støtte andre med samme problemer (Gustavsson-Karlson, Olsson og Määttä 2009). Det står mye i faglitteraturen hvilke utbytte deltakerne har av gruppeveiledning, men vi fant lite om hvordan deltakerne opplever å hjelpe og støtte andre. Det som kommer frem i Gustavsson-Karlson, Olsson og

Määttä (2009) sin studie, er viktig å bemerke seg. Da det å kunne hjelpe og støtte andre med samme problem, kan føre til økt mestringsfølelse (Karlsen 2011).

Mangel på støtte kan føre til vanskeligheter med å mestre sykdommen

De siste ti årene har det vært forsket lite på familie og venners betydning for selvregulering og sykdomsforløpet. Tidligere forskning har likevel vist at ektefelle og familie er sentrale faktorer i påvirkningen av sykdomsforløpet (Karlsen 2011). Temaet sosial støtte ble belyst i fem av studiene (Beverly et al. 2007, Moser et al. 2011, Petek et al. 2009, Vermiere et al. 2003, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). I følge Lazarus og Folkman (1984) kan sosial støtte utgjøre en viktig ressurs og dette kan beskytte mot stress og stimulere mestring (Karlsen 201, Smedbye 2005). Sosial støtte kan komme fra blant annet familie, venner og arbeidskollegaer (Karlsen 2011). I følge Karlsen (2011) vil personer med diabetes type 2 ha behov for hjelp og støtte til hvordan de best kan mestre utfordringer med sykdommen. I Smedbye (2005) står det beskrevet at hvis personen vet at støtten er der, vil ikke belastningen bli så stor når et problem eller en hendelse oppstår. I våre funn kom det frem at deltakerne følte seg støttet når familien også la om livsstilen (Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). På den andre siden viser det seg at siden sykdommen førte til store endringer i hverdagen, følte flere deltakere seg som en byrde ovenfor ektefelle og familie. Spesielt når det gjaldt planlegging og tilberedning av måltider (Beverly, Penrod og Wray 2007, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004).

I tre av studiene følte de fleste at de fikk støtte av familie og venner (Beverly, Penrod og Wray 2007, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004), men ikke alle. I følge Smedbye (2005) bidrar mangelen på sosial støtte ofte til sykdom fordi en står alene og blir overveldet av alle kravene i situasjonen. Og i to studier blir det beskrevet at mangelen på sosial støtte ofte førte til vanskeligheter med å mestre sykdommen i dagliglivet (Petek et al. 2009 og Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004). Der personer med diabetes type to følte de fikk minst støtte var i arbeidslivet. I arbeidslivet følte deltakerne å få lite støtte fra kollegaer, noe som gjorde at de følte seg ukomfortable og mindreverdige. På grunn av dette prøvde de å skjule sykdommen og dette gjorde det vanskelig for deltakerne å følge behandlingsopplegget, særlig med tanke på kosthold (Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petricek og Katic 2004).

Karlsen (2011) beskriver at det formelle hjelpeapparatet kan også være en sentral støtte for personer med diabetes. Dette underbygges i flere av studiene vi har benyttet (Adolfson et al. 2007, Stenner, Courtenay og Carey 2010, Petek et al. 2009, Vinter-Repalust, Petriecek og Katic 2004). Det kom også frem at få deltakere følte støtte og full forståelse fra sykepleieren. (Vinter-Repalust, Petriecek og Katic 2004).

7.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse personer med diabetes type 2 sine opplevelser med å leve med sykdommen. Både gjennomgått litteratur og våre funn viste at det var flere utfordringer med å leve med diabetes type 2, siden sykdommen påvirket flere aspekter ved livet. Det var likevel noe forskjell på hvilke utfordringer som ble fremhevet.

Det kom frem at mange benektet sykdommen i begynnelsen fordi symptomene ikke var fremtredende. Det viste seg at å endre levevanene, særlig endringer som omfattet kosthold og fysisk aktivitet, var vanskelig. En annen utfordring var å begynne med medikamentell behandling. Det å måtte begynne med insulin kom ofte som et sjokk og det ble derfor etterlyst informasjon om insulin tidligere i sykdomsførløpet. Kunnskap om sykdommen og følgene av den var viktig for å kunne mestre sykdommen på best mulig måte. Likevel opplevde mange å få lite eller mangelfull informasjon. Motivasjon og støtte var viktige elementer for å mestre sykdommen. Det vil være viktig for sykepleiere å ha mer kunnskap om sykdommen og hva den fører til. Opplæring i egenomsorg er like viktig som medikamenter og behandlingsopplegg. Derfor må helsepersonell forsikre seg om at personer med diabetes type 2 har fått nok informasjon slik at de mestrer det å leve med sykdommen.

Regelmessige konsultasjoner med helsepersonell skapte trygghet og personlig tilnærming og fikk deltakerne til å føle seg ivaretatt. Informasjon og støtte fra sykepleier ble satt pris på, og det å ha konsultasjonene med samme diabetessykepleier var viktig. Noen mente at fastlegen hadde for lite kunnskap om diabetes type 2 og ønsket derfor konsultasjoner med noen som hadde mer kompetanse på området, for eksempel diabetessykepleier. I Norge har de fleste med diabetes type 2 kun konsultasjoner med fastlege. Siden det å ha kontakt med diabetessykepleier regelmessig viste seg å være så viktig for personer med diabetes type 2, ser vi behovet for flere diabetessykepleiere, også i kommunehelsetjenesten.

Individuell veiledning viste seg å være både positivt og negativt. Mange mente det skapte et mer personlig og støttende forhold, mens andre følte at helsepersonell hadde en overordnet rolle. Gruppefellesskapet skapte trygghet for deltakerne, siden man kunne dele erfaringer med andre i samme situasjon. Gruppeveiledning er ofte et tilbud i spesialisthelsetjenesten, derfor har få personer med diabetes type 2 i Norge dette tilbudet.

Siden gruppeveiledning fører til bedre sykdomsinnsikt og økt mestring, vil det være viktig at flere får dette tilbudet.

Det at diabetessykepleieren hadde mer kunnskap og var mer tilgjengelig for råd enn fastlegen, var et interessant funn. Og vi ser behov for ytterligere forskning på området, siden kunnskap om sykdommen og god opplæring i egenomsorgsoppgaver var viktig for å kunne mestre livet med sykdommen.

Litteraturliste

- Aadland, Einar. 2004. *Og eg ser på deg – Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Aas, Anne-Marie. 2011. Kosthold. I *Diabetes – Forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld, Anita og Marit Graue, 19-67. Oslo: Akribe.
- Adolfson, Eva Thors, Bengt Starrin, Bibbi Smide og Karin Wikblad. 2007. Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches – A qualitative study. *International Journal of Nursing studies* 45 (2008) 986-994.
- Allgot, Bjørnar. 2011. Diabetes i et brukerperspektiv. I *Diabetes – Forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld, Anita og Marit Graue, 205-214. Oslo: Akribe.
- Beverly, Elizabeth A., Janice Penrod og Linda A. Wray. 2007. Living with Type 2 Diabetes – Marital Perspective of Middle-Aged and Older Couples. *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 45, No. 2(2007) 25-32.
- Braun, Virginia og Victoria Clarke. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3: 77-101.
- Edwall, Lise-Lotte, Anna-Lena Hellström, Ingbritt Öhrn og Ella Danielson. 2006. The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing* 17 (2008) 772-781.
- Fjerstad, Elin. 2010. *Frisk og kronisk syk – et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- www.google.com (Brukt 20.02.2011)
- Graue, Marit og Anne Haugstvedt. 2011. Opplæring, undervisning og veiledning. I *Diabetes – Forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld, Anita og Marit Graue, 237-253. Oslo: Akribe.
- Grottdal, Sven. 2009. I *Livet med diabetes – i ord og bilder*, ed. Grottdal, Sven. 64-65. Oslo: Norsk Diabetesforbund.
- Gustavsson-Karlson, Christina, Marianne Olsson og Sylvia Määttä. Upplevelser av att delta i samlat årsbesök hos personer med diabetes. 2009. *Vård i Norden* No. 93 Vol. 29 No. 3 (2009) PP 47-49.
- Hanssen, Tove A. og Gerd Karin Natvig. 2007. Stress og Mestring. I *Å leve med kronisk sykdom - en varig kursendring*, ed. Gjengedal, Eva og Berit Rokne Hanestad, 40-59. Oslo: Cappelen Forlag AS.

- Helsedirektoratet. 2009. *Diabetes – forebygging, diagnostikk og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- <http://www.himolde.no/biblioteket>
- Hood, G., J. Huber, U. Gustaffson, S. Scambler og K. Asimakopoulou. With age comes wisdom almost always too late: older adults' experiences of T2DM. 2008. *EDN Spring Vol. 6 No. 1 (2009)* 23- 28.
- Iversen, Marjolein M. og Anita Skafjeld. 2011. Organisering av helsetjenesten og tverrfaglig samarbeid. I *Diabetes - Forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld, Anita og Marit Graue, 254-265. Oslo: Akribes.
- Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise i samarbeid med Ingrid Os og Kåre I. Birkeland. 2009. Endokrine sykdommer. I *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*, ed. Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise, 291-298. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Karlsen, Bjørg. 2011. Den individuelle veiledningssamtalen – nøkkel til bedret mestring. I *Diabetes – Forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld, Anita og Marit Graue, 216-233. Oslo: Akribes.
- Lawton, Julia, Elizabeth Peel, Odette Parry, Gonzalo Araoz og Margaret Douglas. Lay perception of type 2 diabetes in Scotland: Bringing health services back in. 2004. *Sosial Science & Medicine No. 60 (2005)* 1423- 35.
- Moser, Albine, Rob Houtepen, Harry van der Bruggen, Cor Spreeuwenberg og Guy Widdershoven. Autonomous decision making and moral capacities. 2009. *Nursing Ethics Vol. 16 No. 2 (2009)*.
- Måløy, Anne Karin. 2011. Praktiske ferdigheter. I *Diabetes – Forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld, Anita og Marit Graue, 111-121. Oslo: Akribes.
- Nordvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Oftedal, Bjørg, Bjørg Karlsen og Edvin Bru. Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. 2010. *Journal of Advanced Nursing* 7 (2010) 1500-9.
- Petek, Davorina, Danica Rotar-Pavlic, Janko Kersnik og Igor Svab. Patients adherence to treatment of diabetes mellitus. *Zdrav Var* 48 (2009) 11-18.

- Reitan, Anne Marie. 2006. Mestring. I *Sykepleieboken 2 – Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*, ed. Knutstad, Unni og Birthe Kamp Nielsen. 155-180. Oslo: Akribes.
- Ribu, Lis. 2008. Sykepleie til pasienter med diabetes mellitus. I *Sykepleieboken 3 – Klinisk sykepleie*, ed. Knutstad, Unni. 473-520. Oslo: Akribes.
- Sagen, Jørn V. 2011. Sykdomslære (A). I *Diabetes – Forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld, Anita og Marit Graue, 19-67. Oslo: Akribes.
- Smedbye, Kari Lislerud. 2005. Kontakt med andre. I *Grunnleggende sykepleie – bind 3*, ed. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Stenner Karen L., Molly Courtenay og Nicola Carey. 2010. Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patient views. *International Journal of Nursing Studies* 48 (2011) 37-46.
- Spesialisthelsetjenesteloven. 2001. *Lov av 7. februar 1999*.
www.lovdata.no (Lest 07.05.2011)
- Tjia, Jennifer, J.L. Givens, J. H. Karlawish, A. Okoli-Umeweni og F.K. Barg. 2007. Beneath the surface: Discovering the unvoiced concerns of older adults with Type 2 Diabetes Mellitus. *Health Education Research Vol. 23 No. 1* (2008) 40-52.
- Tveiten, Sidsel. 2008. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Vermierer, E., P. Van Royen, S. Coenen, J. Wens og J. Denekens. 2003. The adherence of type 2 diabetes to their therapeutic regimens: a qualitative study from the patients perspective. *Pract Diab Int.* 6 2003
- Vifladdt, Egon H. og Liv Hopen. 2004. *Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Vinter-Repalust, Nevenka, Gorka Petricek og Milica Katic. 2004. Obstacles which patients which type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life: qualitative study. *Croatian Medical Journal*.45 2004 630-636
www.vardinorden.org (Lest 26.09.2010)

Vedlegg 1: PIO Skjema

Språk	P	I	O
Norsk	Diabetes Diabetes type 2 Voksen Middelaldrende Pasientperspektiv	Veiledning Støtte Informasjon Kunnskap Undervisning Undervisningsmetoder Undervisnings- intervensjoner Empowerment	Helseforbedring Livsstilsendring Selvhjelp Mestre/mestring Livskvalitet Adferdsendring
Engelsk	Diabetes Type 2 diabetes Adult Middle aged Patient view	Guidance Support Information Knowledge Education Education methods Education interventions Empowerment	Health promotion Lifestyle modification Self help Self care Self management Quality of life Behavior-change

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Dato	Database	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkludert i prosjekt-skisse	Inkludert i bachelor
21.09.2010	Journals@Ovid Full Text	1	Diabetes type 2	1950				
		2	Middle aged	37077				
		3	1 AND 2	161				
		4	Education	461855				
		5	Guidance	127144				
		6	Information	1062906				
		7	Knowledge	603475				
		8	4 OR 5 OR 6 OR 7	1538330				
		9	3 AND 8	138				
		10	Manage	131742				
		11	Empowerment	13852				
		12	Quality of life	179462				
		13	10 OR 11 OR 12	300506				
		14	9 AND 13	45	6	2	2	1

Dato	Database	#	Søkeord	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkludert i prosjekt- skisse	Inkludert i bachelor
26.09.2010	ScienceDirect	1	Diabetes type 2 AND Empowerment	990	8	5	3	1
	ProQuest	1	Type 2 Diabetes AND Group education AND Patient education AND Empowerment	4	4	1	1	0
	Vård i Norden	1	Diabetes		2	2	1	1

08.10.2010	OVID Medline	1	Diabetes OR Diabetes Mellitus, Type 2	305003			
		2	Middle aged	2746278			
		3	Adult	3625059			
		4	2 OR 3	4487829			
		5	1 AND 4	134234			
		6	Life style OR lifestyle modification	34725			
		7	Behavior change	3336			
		8	6 OR 7	37518			
		9	Patient education	66063			
		10	Self care	22192			
		11	Patient education as topic/ OR group education OR Self-help groups	65769			
		12	Educational intervention	2179			
		13	9 OR 10 OR 11 OR 12	90190			
		14	Self management	4658			
		15	Self help	12047			

		16	Empowerment	4177			
		17	14 OR 15 OR 16	20563			
		18	5 AND 8 AND 13 AND 17	64	13	5	0

18.01.2011	Søkeord	#	Søkeord	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler i bachelor
	OVID British Nursing Index	1	Diabetes type 2	5			
		2	Diabetes	2706			
		3	Middle aged	143			
		4	Adult	1514			
		5	Life style	479			
		6	Change of lifestyle	12			
		7	Behavior change	20			
		8	Educational methods	2355			
		9	Education	20847			
		10	Health promotion	4039			
		11	Self management	548			
		12	Self care	964			
		13	Patients; empowerment	3095			
		14	Type 2 diabetes	718			
		15	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 14	4607			

		16	5 OR 6 OR 7	506			
		17	8 OR 9 OR 10	24127			
		18	11 OR 12 OR 13	4209			
		19	Limit 18 to yr= "2005 – current"	2455			
		20	15 AND 18	299			
		21	19 AND 20	216	193	1	0
		22	15 AND 17	677			
		23	22 AND 19	76	42	1	0
	Science Direct	1	Diabetes AND education	73921	34	1	1
	Science Direct	1	Type 2 diabetes and self management Begrenset til år 2010	46	9	1	0

Dato	Database	#	Søkeord	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler i bachelor
28.01.2011	OVID British Nursing Index	1	Type 2 diabetes	718			
		2	Diabetes	2706			
		3	1 OR 2	2993			
		4	Empowerment	3406			
		5	Patients : Empowerment	3095			
		6	“Patients : Attitudes and perceptions”	3071			
		7	Patient view	31			
		8	1 OR 4 OR 5	4100			
		9	6 OR 7	3089			
		10	3 AND 8 AND 9	47	38	9	6

Vedlegg 3: Oversiktstabell over kvalitetsvurderte og inkluderte artikler

	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltakere/ frafall	Hovedfunn	Kvalitet
1	Adolfson, Eva Thors, Bengt Starrin, Bibbi Smide og Karin Wikblad. 2007 Sverige/Norge <i>International Journal of Nursing studies</i>	Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches – A qualitative study.	Hensikten var å utforske pasienters erfaringer med å delta i et gruppeundervisningsprogram eller å motta individuell veiledning.	Kvalitativt semistrukturert intervju	28 deltakere (50% av hvert kjønn)	Intervjuene resulterte i tre hovedkategorier: Forhold, læring og kontroll av sykdommen.	Bra Etisk vurdert
2	Beverly, Elizabeth A., Janice Penrod og Linda A. Wray. 2007 USA <i>Journal of Psychosocial Nursing</i>	Living with Type 2 Diabetes – Marital Perspective of Middle-Aged and Older Couples.	Hensikten var å få en dypere forståelse på likheter og ulikheter mellom ektefellers oppfattelse av det å leve med diabetes type 2 samt hvordan man håndterer sykdommen som ektefeller.	Kvalitativt intervju.	30 par (60 deltakere). 23 par hvorav en av ektefellene hadde diabetes, 7 par hvorav begge ektefeller hadde diabetes.	Dataanalysen avdekte tre gjennomgående tema: Sårbarhet, byrden, å lykkes i å leve med sykdommen.	Bra Etisk godkjent av review-board
3	Edwall, Lise-Lotte, Anna-Lena Hellström, Ingbritt Öhrn og Ella Danielson. 2008 Sverige <i>Journal of Clinical Nursing</i>	The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes.	Hensikten var å belyse pasienters erfaringer med å leve med diabetes type 2 ved deltakelse av regelmessige kontroller hos Diabetessykepleier.	Narrative intervjuer	20 deltakere (10 kvinner og 10 menn.)	Regelmessige kontroller hos diabetessykepleier hadde en positiv innvirkning på pasientene og måten de mestret sykdommen på. Hovedfunn: få bekreftelse, få veiledning innen sykdomsprosessen, bli selvsikker og uavhengig.	Bra Etisk vurdert

4	Gustavsson-Karlson, Christina, Marianne Olsson og Sylvia Määttä. 2009 Sverige <i>Vård i Norden</i>	Opplevelser av att delta I samlat årsbesök hos personer med diabetes.	Hensikten med studien vår å kartlegge hvilke opplevelser personer med diabetes hadde av å delta på et samlet årsbesøk.	Kvalitativt intervju	10 deltakere (5 kvinner og 5 menn) i alderen 40-64 år.	Fem tema: Hjelpe hverandre, ha det morsomt samtidig som man lærer, trygghet, at alt var på samme dag og støtte av helsepersonell.	Bra
5	Hood, G., J. Huber, U. Gustaffson, S. Scambler og K. Asimakopoulou. 2009 UK <i>EDN Spring</i>	With age comes wisdom almost always too late: older adults' experiences of T2DM.	Hensikten var å få en bedre forståelse for og å fremheve erfaringene til eldre som har levd med diabetes type 2 i ca. 20 år.	Kvalitativt intrvju	28 deltakere	Benektelse og aksept var iboende i de eldres erfaringer ved å få diagnosen. Det å ta kontroll over sykdommen i stede for å la sykdommen ta kontroll over dem var også noe som opptok deltakerne.	Bra Etisk vurdert
6	Moser, Albine, Rob Houtepen, Harry van der Bruggen, Cor Spreeuwenberg og Guy Widdershoven. 2009 Nederland <i>Nursing Ethics</i>	Autonomous decision making and moral capacities.	Hensikten var å undersøke hvordan personer med diabetes type 2 oppfattet autonome beslutningsprosesser, og hvilke moralske kapasiteter de vurderte som viktige hos en diabetessykepleiers støtte av autonome beslutningsprosesser.	Kvalitativt intervju	15 deltakere	Det kom frem to hovedkategorier og undertema: Beslutningsprosesser -selvbestemmelse -delt beslutning -ønsket paternalisme Sykepleieren er påkrevet moralske evner. -morsalsk kapasitet i første rekke -morsalsk kapasitet i andre rekke	Bra

7	Lawton, Julia, Elizabeth Peel, Odette Parry, Gonzalo Araoz og Margaret Douglas. 2005 Skottland <i>Sosial Science & Medicine</i>	Lay perception of type 2 diabetes in Scotland: Bringing health services back in.	Hensikten var å undersøke nylig diagnostiserte personer med diabetes type 2 og deres oppfattelse av sykdommen og deres møte med helsevesenet.	Kvalitativt intervju	40 deltakere	Helsetilbudet var opplysende og effektivt og påvirket deltakerne på en måte slik at de godtok og mestret sykdommen.	Bra Etisk vurdert
8	Oftedal, Bjørg, Bjørg Karlsen og Edvin Bru. 2010 Norge <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes.	Hensikten var å undersøke hvordan voksne med diabetes type 2 oppfatter ulike egenskaper for støtte gitt av helsepersonell og hvordan ulike egenskaper for støtte kan ha innflytelse på personers motivasjon til å ta hånd om sykdommen.	Beskrivende/utforskende kvalitativ design	19 deltakere	Fem tema identifisert: en empatisk tilnærming, praktiske råd og informasjon, deltakelse i beslutningsprosesser, nøyaktig og individuell informasjon og pågående gruppebasert støtte.	Bra Etisk vurdert
9	Petek, Davorina, Danica Rotar-Pavlic, Janko Kersnik, Igor Svab 2009 Slovenia Zdrav Var	Patients adherence to treatment of diabetes mellitus	Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke barrierer deltakerne hadde for å etterleve behandlingsopplegget.	Kvalitativ studie	34 deltaker. 17 kvinner 17 menn	Fem kategorier kom frem: Emosjonelle reaksjoner på sykdommen, sosialt miljø, medisinsk behandling, diabetesbehandlingen og utdanning.	Bra Etisk vurdert
10	Stenner Karen L., Molly Courtenay og Nicola Carey. 2010. UK <i>International Journal of Nursing Studies</i>	Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patient views.	Hensikten var å undersøke pasienter med type 2 diabetes og deres syn på konsultasjon med sykepleier og hvilken påvirkning dette har på deres medikamenthåndtering.	Kvalitativt semi- strukturert intervju.	41 deltakere	Tre tema identifisert: sykepleierens fremgangsmåte under konsultasjonen, fordelene med sykepleier samarbeid, syn på engasjement og beslutningsprosesser.	Bra Etisk vurdert

11	Tjia, Jennifer, J.L. Givens, J. H. Karlawish, A. Okoli- Umeweni og F.K. Barg. 2008 USA <i>Health Education 14Research</i>	Beneath the surface: Discovering the unvoiced concerns of older adults with Type 2 Diabetes Mellitus.	Denne oppgavens hensikt var og utforske hvilke bekymringer eldre voksne med diabetes har med hensyn til medikament håndtering og om de diskuterte sine bekymringer knyttet til sin medisinerings med legen.	Kvalitativt semistrukturert dybdeintervju.	22 personer med diabetes type 2, alder 65+ år. Frafall: 1	Pasientene oppfattet at de kunne diskutere en variasjon av legemiddelrelaterte emner med legen. For å få pasientene mer involvert i egen medisinerings og ta egne beslutninger med hensyn til diabetesbehandlingen, må dialogen mellom lege og pasient omhandle pasientens bekymringer.	Bra Etisk godkjent av review- board
12	Vermier, E., P. Van Royen, S. Coenen, J Wens, J Denekens. 2003 Belgia Pract Diab Int.	The adherence of type 2 diabetes to their therapeutic regimens: a qualitative study from the patients perspective.	Studiens hensikt var å undersøke helsemessige oppfatninger personer med diabetes type 2 har om sykdommen, måten de kommuniserer om det på og problemene de møter i følge med behandlingsopplegget.	Kvalitativt semistrukturert intervju.	46 deltakere.	Resultatene viser at helsemessige oppfatninger, kvaliteten på lege / pasient kommunikasjon, og kvaliteten på den informasjonen pasientene får er viktige faktorer for pasientenes tilslutning til behandlingen. Det oppstod mulige utforskende eksempler for etterlevelse, knyttet til kunnskap om sykdommen, kroppsbevissthet og lege / pasient forholdet.	Bra Etisk vurdert
13	Vinter-Repalust, Nevenka, Gorka Petricek, Milica Katic 2004 Croatia Croatian Medical Journal.	Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life: qualitative study.	Hensikten var å undersøke hvilke holdinger, tanker og redsler personer med diabetes har knyttet til; hvilke forventninger de har til helsevesenet, og problemene de møtte i etterlevelsen av behandlingsopplegget.	Kvalitativt intervju.	49 deltakere. 27 kvinner og 22 menn.	Åtte temaer kom frem: å konfrontere diagnosen, forandringer knyttet til sykdommen, behandling av sykdommen, sosial støtte, forholdet til helsepersonell, kunnskap om sykdommen, selvdisiplin og forventninger til helsepersonell.	Bra Etisk vurdert